Die Vermeidbarkeit der Wurzelspitzenresektion bei chronischen Prozessen an der Wurzelspitze.

Auszug aus einer Schrift

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde

bei der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Josef Zimmer
prakt. Zahnarzt in Stettin.

Breslau 1920
Druck von Graß, Barth & Comp. (W. Friedrich).

Gedruckt
mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

---

Berichterstatter: Professor Dr. Walther Bruck.

Die Pathologie der Zahnwurzelerkrankung, unterstützt durch die Röntgenologie, ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft in der Lage, unter Beachtung der allgemein klinischen Momente eine Grenze festzulegen, bis zu welcher die Behandlung der Wurzelerkrankung vom Wurzelkanal aus Erfolg verspricht.

Jenseits dieser Grenze tritt in einer Anzahl von Fällen die Wurzelspitzenresektion oder doch zum mindesten die Maxillotomie mit Ausräumung des Granulationsherdes in ihre Rechte. Die Fälle, in denen auch diese Behandlungsmethoden nicht zum Ziele führen, können nur durch die Extraktion der Wurzel geheilt werden.

I. Für diesen letzten Punkt kommen etwa nachstehende Fälle in Betracht:

1. Umfangreiche Lockerung des Zahnes mit Einschmelzung des äußeren und inneren Alveolarrandes, infolge von:
   a) Allgemeinerkrankungen wie: Diabetes, Tabes usw.;
   b) idiopathische Ostitis oder Periostitis acuta mit Einschmelzung der Alveolarteile;
   c) akute Periodontitis mit starker Abszedierung, Lockerung des Zahnes oder der Wurzel und schneller Einschmelzung eines beträchtlichen Teiles der Alveole oder des Kiefers;
2. nachweisbar lange Fistelgänge (dentale Halsfisteln usw.);
3. Fisteln mit reichlich dünn serösem, cystischem Sekret.

II. Hingegen hat die medikamentöse Therapie in allen Fällen, außer den eben genannten, einzusetzen,

1. wenn nicht durch die Anamnese schon eine langwierige, erfolglose, medikamentöse Behandlung mit nachfolgender Wurzelfüllung oder wenigstens versuchter Wurzelfüllung nachgewiesen ist;
2. die Durchführung von Fremdkörpern durch die Wurzelspitze durch das Röntgenbild sichergestellt ist;
3. in vereinzelten Fällen, wenn der Nachweis einer sich nicht mehr deckbaren Wurzelperforation erbracht ist;
4. der Umfang des Wurzelgranuloms zu den Nebenhöhlen der Kiefer oder des Canalis mandibularis derart ist, daß die Gefahr besteht, durch medikamentöse Einwirkung eine unerwünschte Reizung der Umgebung herbeizuführen;
5. die Anatomie der Wurzelkanäle in dem betreffenden Falle (Unzugänglichkeit, Verkalkung oder Absperrung durch Dentikel, Krümmung) von vornherein eine medikamentöse Behandlung ausschließt.

Mit Ausnahme dieser vorgenannten Fälle hat die medikamentöse Behandlung einzusetzen:

1. durch mechanische Reinigung und Desinfektion der Wurzelkanäle, ohne Durchdringung des Foramen apicale:
   a) geeigneten Falles unter Erweiterung der Wurzelkanäle durch Chemikalien, evtl. durch geeignete Instrumente;
   b) durch Dauereinlagen desinfizierenden Charakters und ebensolche Wurzelfüllungen, weil dabei auch die Verzweigungen des Wurzel-

kanales an der Spitze und die in den Dentinkanälchen vorhandenen pathogenen Bakterien unter dauernd desinfizierender Wirkung gehalten werden müssen.

2. Durch Reinigung der Wurzelkanäle mit nachfolgender Einbringung von Medikamenten durch das Foramen apicale.

Der Zweck dieser Therapie ist die Zerstörung der den Fistelkanal oder den Granulomsack auskleidenden Granulationen mit gleichzeitiger Vernichtung der infektiösen Massen und deren Abstoßung durch das Fistelmaul.

In Betracht kommen hierfür als therapeutische Mittel:

1. Säuren:
   a) anorganische,
   b) organische.
2. Alkalien (Ätzalkalien).
3. Phenole.
4. Jod und Jodide.
5. Desinfektionsmittel, welche auch ätzende Eigenschaften haben.
6. Elektrosterilisation, Kataphorese und
7. als beweisführendes Hilfsmittel: die Röntgentherapie.

Das Prinzip der Behandlung muß dabei sein, die Ätzung so weit beschränken zu können, daß eine Beschädigung der gesunden Umgebung nicht eintreten kann, und daß auch sonst die Kontrolle über die Menge der eingeführten Medikamente bestehen bleibt. — Hieraus resultiert, daß kurze Fistelgänge oder Granulome mit weitem Fistelmaul eine Durchspülung von Medikamenten dann zulassen, wenn ihre Konzentration in möglichst nicht schädigenden Grenzen gehalten wird. Bei größeren Granulomen dagegen und längeren Fistelgängen sind stärkere Konzentrationen der Medikamente zuläßig, doch muß ihre Menge beschränkt sein. — Haben die Entzündungsvorgänge haselnuß- bis walnußgroße chronische Abzeßherde im Knochen ausgeschlagen, so erreichen wir durch medikamentöse Einwirkung und Angriff des Erkrankungsherdes vom Wurzelkanal aus keine Heilung. — Bei der Periodontitis chronica abscendens cum fistula gingivalis können wir jedoch durch einfache Säuberung und Sterilisation der Pulpahöhle in den meisten Fällen Heilung erzielen. — Bei Affektionen mit umfangreicheren Veränderungen an der Wurzelspitze, wie erbsengroße Granulationsherde mit kurzem, weitem Fistelkanal, kann durch Einführung von desinfizierenden, ätzenden Medikamenten in den Entzündungsherd ein Schorf erzeugt werden, unter dessen Schutz gesunde, kräftige Granulationen aufsprießen, die sich später in Narbengewebe umwandeln und die nekrotischen Massen durch den Fistelkanal eliminieren. Das Resultat ist nach 14 Tagen bis 6 Wochen die dauernde Kautüchtigkeit des Zahnes und eine kleine narbige Einziehung an der Stelle des ehemaligen Fistelmaules. (L.)

Die Verwendung des Chlorphenols und der Chlumsky'schen Karbolkampferlösung sind für die medikamentöse Behandlung obiger Prozesse besonders geeignet.